

DANIELA GERENT PETRY

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES DIABÉTICOS INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

DANIELA GERENT PETRY

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES DIABÉTICOS INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2003

Petry, Daniela Gerent.

Prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC / Daniela Gerent Petry. – Florianópolis, 2003.
vi, 25p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. Sintomas Depressivos 2. Prevalência 3. Pacientes internados
4. Diabetes mellitus 5. Hospitais Gerais I. Título

*Dedico este trabalho a Deus
e a todos aqueles que me ajudaram
a lutar e a vencer*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivete Gerent Petry e José Mauro Cunha Petry que além de companheiros e educadores foram grandes incentivadores de meus estudos e acima de tudo, um exemplo de vida demonstrado em cada gesto. Obrigada pelas oportunidades oferecidas e pela confiança depositada em minha pessoa.

Às minhas irmãs, Patrícia e Ana Cristina, e seus esposos, Wilson e Daniel, por compreenderem a minha ausência e em seu silêncio torcerem pelo meu sucesso.

Ao meu sobrinho e afilhado João Victor, por encher de alegria o meu lar em momentos de angústia e cansaço, e mostrar que a vida é uma constante renovação.

À Professora Letícia Maria Furlanetto, mais que orientadora uma amiga. Obrigada pelos ensinamentos, dedicação, paciência e sabedoria na arte de ensinar. Um exemplo de compromisso, seriedade e estímulo ao exercício do ensino, pesquisa e extensão. A convivência e aprendizado proporcionados nestes últimos anos contribuíram de forma ímpar para minha formação acadêmica, bem como, para minha formação pessoal.

Ao meu namorado Nilson Ribeiro Modro, pelo incentivo aos estudos, paciência e dedicação. Obrigada por compreender minha ausência e meus momentos de incertezas. Por ser meu companheiro e amigo, minha admiração e amor.

Aos meus amigos, mesmo aqueles em que a vida momentaneamente nos tenha afastado, mas que sempre estiveram presentes em meu pensamento.

A todos os pacientes e seus familiares, que compartilharam suas vidas e suas histórias mesmo em seus momentos de dor, angústias e incertezas provocadas pela doença. Obrigada por permitirem a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da biblioteca e do SAME, que sempre realizaram com profunda alegria seu trabalho que é fundamental para que os acadêmicos possam realizar com sucesso seus estudos.

E a todas as pessoas que de forma direta ou indireta, também foram importantes no desenvolvimento deste trabalho e durante minha caminhada no Curso de Medicina.

RESUMO

Objetivo: Verificar a frequência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC.

Método: Trata-se de um estudo observacional transversal no qual foram randomizados 186 pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Na primeira semana de internação, foram avaliados 111 pacientes, após serem excluídos os pacientes com idade menor de 18 anos, prejuízo cognitivo, recusa ou incapacidade física. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados através de entrevista e do prontuário e foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI). Foram considerados como tendo sintomas depressivos àqueles pacientes que obtiveram escore maior que 10 na soma dos primeiros 13 itens do BDI (subescala cognitivo-afetiva).

Resultados: A amostra (N = 111) foi composta predominantemente por pacientes com diabetes tipo 2 (83,8%), homens (63,1%), brancos (90,1%), casados/amasiados (54,1%) e com renda familiar de até R\$ 600,00 (64%). A média de idade \pm desvio padrão (DP) foi de $56,71 \pm 14,4$ anos e a média de escolaridade \pm DP foi de $4,94 \pm 3,62$ anos. No BDI a frequência de sintomas depressivos foi de 38,3%.

Conclusão: Quase 40% dos pacientes diabéticos internados apresentaram sintomas depressivos moderados a graves. O conhecimento da prevalência da depressão em pacientes diabéticos em nosso meio é importante para alertar quanto à necessidade de diagnóstico precoce desta enfermidade, e orientar medidas de tratamento permitindo, assim, uma alteração na evolução clínica destes pacientes.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; sintomas depressivos; hospitais gerais.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of depressive symptoms in diabetic inpatients at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Method: In a transversal study, 186 diabetes mellitus inpatients at the general medical wards of the HU-UFSC were included. Sociodemographic and clinical data were collected by interview and by chart. Patients who scored above 10 in the Beck Depression Inventory (BDI), in its cognitive-affective subscale, (first 13 items), were considered as having depressive symptoms.

Results: The sample was composed by 111 patients, being predominately diabetic type 2 (83,8%), men (63,1%), white (90,1%), married (54,1%), with a mean age \pm Standard Deviation (SD) = $56,71 \pm 14,4$ years and with a mean level of education \pm SD = $4,94 \pm 3,62$ years. In the BDI, the frequency of depressive symptoms was of 38,3%.

Conclusion: The prevalence of depressive symptoms was 38,3%. Long-term studies that examine the effects of depression treatment are important not only for conventional effects on quality of life and daily functioning, but also for the potential gains toward improving the course and outcome of diabetes and its complications.

Key-words: Depressive symptoms; diabetic inpatient; general hospital.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. OBJETIVO | 6 |
| 3. METODOLOGIA | 7 |
| 3.1. Desenho..... | 7 |
| 3.2. Local..... | 7 |
| 3.3. Amostra | 7 |
| 3.4. Procedimentos..... | 8 |
| 3.5. Instrumento | 8 |
| 3.6. Análise Estatística..... | 9 |
| 3.7. Aspectos Éticos..... | 9 |
| 4. RESULTADOS..... | 10 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 14 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 17 |
| 7. NORMAS ADOTADAS..... | 18 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 19 |
| APÊNDICE | 24 |

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos depressivos em pacientes diabéticos é maior que na população em geral.¹ Em pacientes diabéticos, os sintomas depressivos vêm sendo relacionados à falta de controle metabólico,² hiperglicemia,³ aumento e piora das complicações⁴ e diminuição da qualidade de vida.⁵ A presença de depressão em pacientes diabéticos acelera o desenvolvimento de doenças coronarianas,⁶ aumenta a morbidade cardíaca e a mortalidade.^{7, 8} A depressão também diminui a adesão ao tratamento medicamentoso e à dieta,^{9, 10} aumenta o número de atendimentos na atenção primária, aumenta o número de internações e aumenta o custo de serviços médicos total.¹¹⁻¹³

A depressão em diabéticos é diagnosticada e tratada em somente um terço dos casos.¹⁴ Provavelmente isto se deve pelo fato de que o diagnóstico de depressão em pacientes clínicos é difícil porque os sintomas depressivos somáticos se confundem com os da doença física.¹⁵ Fadiga, perda de peso, alteração do sono, falta de apetite e diminuição da libido são sintomas somáticos que podem ocorrer tanto em pacientes depressivos como em pacientes diabéticos.¹⁶ Além disso, na maioria das vezes, considera-se que a depressão nestes pacientes é exclusivamente secundária à doença física e ao seu tratamento, sendo uma queixa não valorizada, contribuindo para a baixa detecção.¹⁷ Por isso é importante distinguir o termo depressão que é comumente usado por muitos pacientes e pela própria equipe de saúde para expressar “tristeza”, angústia e sofrimento como reação às doenças físicas, da depressão enquanto uma doença que tem como elemento central o humor depressivo. Os pacientes com humor depressivo possuem a sensação de que a vida está mais pesada, difícil e arrastada, como se o “tempo não passasse” o que é diferente da tristeza normal. Este tipo de humor pode vir associado a outros sintomas depressivos, como a anedonia (perda da capacidade de sentir prazer); alterações no apetite ou peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Esta multiplicidade de sintomas cognitivos e somáticos caracterizam a “síndrome depressiva”.^{18, 19}

Dentre os transtornos depressivos destaca-se a depressão maior. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV),²⁰ um episódio depressivo maior requer que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos sintomas listados acima, sendo que pelo menos um deles deve ser humor depressivo ou anedonia. Tais sintomas devem estar presentes por pelo menos 2 semanas, na maior parte do dia, quase todos os dias, causar desconforto clínico significativo e comprometimento do desempenho social, ocupacional ou funcional do indivíduo. Além disso, não podem ser explicados por uma condição médica geral ou por efeitos diretos de substâncias.

Tanto a depressão quanto o diabetes mellitus apresentam alterações fisiopatológicas comuns.^{21, 22} A depressão está associada com alterações neuroquímicas e hormonais que resultam em efeitos hiperglicemiantes que podem acarretar distúrbios no metabolismo glicêmico e tornar mais vulnerável o paciente diabético a complicações.²³ O aumento do nível de hormônios contra-regulatórios como as catecolaminas, os glicocorticóides, o hormônio de crescimento e o glucagon em resposta ao stress psicológico em distúrbios depressivos contribui para a resistência insulínica e disfunção de células pancreáticas.²¹ Por sua vez, no paciente diabético, ocorrem efeitos neuroquímicos sobre os sistemas centrais serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos, levando a uma diminuição da função monoaminérgica semelhante ao que ocorre na depressão.²²

A prevalência de depressão em pacientes clínicos internados em hospitais gerais tem sido objeto de muitas pesquisas nos últimos anos, nas quais têm se encontrado uma maior prevalência de depressão entre os pacientes internados com doenças físicas.^{15, 24} Entretanto, são poucos os estudos realizados com pacientes diabéticos no hospital geral.

A prevalência de depressão em pacientes diabéticos varia de cerca de 20 a 60%.^{22, 25-32} **(Quadro 1).** Alguns estudos mostraram a prevalência de sintomas depressivos e outros de transtornos depressivos, como depressão maior. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados no Hospital Geral variou de 39 a 58,3%.^{25, 28, 32} Entre os diabéticos ambulatoriais, 28 a 58,7%^{22, 26, 29, 30} e entre os da comunidade, 21,8 a 34,4%.^{27, 31}

Quadro 1 - Estudos sobre a frequência de depressão e sintomas depressivos moderados a graves em pacientes diabéticos.

| Estudo/Ano | N | Seleção | Instrumento / Ponto de corte | Resultados |
|----------------------------------|----------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Martins <i>et al.</i> , 2002 | 80 | Ambulatório de ginecologia | BDI / ≥ 16 | 58,7% |
| Zenteno <i>et al.</i> , 2001 | 189 | Enfermaria de Clínica Médica | BDI / ≥ 14 DSM -IV | 39% 32% * |
| Gary <i>et al.</i> , 2000 | 183 | Pacientes ambulatoriais | CES-D / ≥ 22 | 30% |
| Lloyd <i>et al.</i> , 2000 | 109 | Pacientes ambulatoriais | HADS / ≥ 11 | 28% |
| Jimenez <i>et al.</i> , 1999 | 60 | Enfermaria de Clínica Médica | Zung SD / ≥ 50 | 58,3% |
| Grandinetti <i>et al.</i> , 1999 | 61 | Comunidade rural | CES-D / ≥ 12 | 34,4 % |
| Espinosa <i>et al.</i> , 1998 | 79 | Enfermaria de Clínica Médica | BDI / ≥ 14 | 46% |
| Leedon <i>et al.</i> , 1991 | 71 | Pacientes ambulatoriais | BDI / ≥ 16 | 35% |
| Murrell <i>et al.</i> , 1983 | 179 | Comunidade | CES-D / ≥ 20 | 21,8% |

* estes pacientes apresentaram o diagnóstico de depressão maior conforme DSM-IV

BDI: Beck Depression Inventory; Zung SD: Zung Self-Rating Depression Scale; CES-D: Center for Epidemiological Studies – Depression scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Em 1993, Gavard *et al.*³³ em um estudo de revisão, incluindo 18 artigos publicados entre 1963 e 1990, com pacientes diabéticos atendidos no Hospital Geral e selecionados da comunidade concluiu que a prevalência de depressão maior variou de 8,5 a 27% e que 21,8 a 60% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos moderados a graves, sendo três vezes mais frequente que na população em geral. Em 2003, em uma revisão sistemática incluindo

28 artigos publicados entre 1990 e 2001, a prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos variou de 0 a 60,5%. Nesta revisão, os estudos que utilizaram o Inventário Beck de Depressão (BDI) revelaram taxas que variaram de 11,5 a 49,3%.³⁴

Em 2001, Anderson *et al.*¹ revisando 42 estudos controlados e não controlados concluiu que a presença de diabetes dobra as chances de ter depressão. Dentre os pacientes diabéticos, 11% apresentaram depressão maior e 31% sintomas depressivos moderados a graves. A prevalência de depressão em pacientes internados no Hospital Geral foi maior quando comparados com pacientes diabéticos depressivos da comunidade (32% e 20% respectivamente).¹

Em 2002, um estudo realizado no Brasil somente com mulheres na pós-menopausa com e sem diabetes em tratamento ambulatorial revelou uma prevalência significativamente maior de depressão entre as mulheres diabéticas (58,7%) quando comparadas com as não diabéticas (24,4%), utilizando neste estudo o BDI total (21 itens) com ponto de corte maior ou igual a 16.³⁰

Estudos demonstram a importância de reconhecer os sintomas depressivos em pacientes diabéticos a fim de iniciar o tratamento precoce, permitindo uma melhora na qualidade de vida, com redução de gastos na saúde pública e das complicações.^{4, 5, 10-13, 35, 36}

Em um recente estudo realizado por Leonard *et al.* os pacientes diabéticos depressivos apresentaram 4,5 vezes mais gastos com a saúde do que os pacientes diabéticos sem depressão.³⁷ Friis e Nanjundappa mostraram que o desemprego foi associado a pacientes diabéticos que possuem elevada sintomatologia depressiva.³⁸

Adultos deprimidos com diabetes pouco respondem aos programas destinados a mudança de hábitos não saudáveis como controle de peso,³⁹ e abandono do fumo.⁴⁰ Sintomas depressivos também podem aumentar a percepção da incapacidade física e mimetizar a piora dos sintomas de diabetes como fadiga ou alterações do apetite.⁴¹

O tratamento paralelo da depressão em diabéticos está relacionado com potenciais benefícios para o paciente, como a diminuição da ansiedade e da preocupação somática, aumento da aderência a hábitos alimentares saudáveis, práticas de atividades físicas e tratamento medicamentoso, retorno fisiológico do sono e do interesse sexual.³⁶ Além disso, o tratamento com antidepressivos está associado com melhora significativa do controle glicêmico⁴² e conseqüente redução do número de complicações e da progressão de retinopatia

diabética.⁴³ Estudos recentes sugerem que a Fluoxetina e a Sertralina, ambos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, apresentaram resultados consistentes com redução nível de glicemia.³⁵

Com base nos dados acima que demonstram a alta prevalência, aumento de complicações e potenciais benefícios do tratamento quando há associação entre depressão e diabetes, ressaltamos a necessidade de estudos inicialmente de prevalência que possam dar suporte a futuros projetos de ensino e pesquisa, e programas de prevenção e tratamento.

2. OBJETIVO

Verificar a frequência de sintomas depressivos moderados a graves auto-relatados em pacientes com história de diabetes mellitus, internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), de acordo com o BDI (Inventário Beck de Depressão).

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho

Trata-se de um estudo observacional transversal.

3.2. Local

Este estudo foi realizado nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC. A enfermaria geral de adultos é constituída por três enfermarias, com um total de 90 leitos, que atendem a pacientes provenientes da grande Florianópolis e de outras localidades do Estado.

3.3. Amostra

Foram randomizados 186 pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, no período de junho de 2000 a abril de 2002. A amostra foi composta de 111 pacientes com diabetes mellitus (detectado através do prontuário e de pergunta direta) que assinaram o consentimento e que não preencheram os critérios de exclusão. Foram excluídos 75 pacientes devido às seguintes causas: incapacidade de completar a entrevista por alterações decorrentes da condição física; pacientes que permaneceram mais de uma semana internados antes da sua seleção para randomização; idade inferior a 18 anos; pacientes com Prejuízo Cognitivo (*delirium* e/ou demência)* ou que se recusaram a participar.

*Transtornos caracterizados por comprometimento da cognição, por exemplo: memória, atenção e/ou linguagem. Quando há prejuízo cognitivo não é possível avaliar a presença ou não de depressão. Foi feita a avaliação clínica e os pacientes que preencheram os critérios do DSM-IV para *delirium* e/ou demência foram excluídos.

3.4. Procedimentos

Todos os indivíduos que internaram nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC e que não preencheram os critérios de exclusão foram randomizados. Os selecionados foram convidados a participar do estudo, após esclarecimento por parte da pesquisadora. Aqueles indivíduos que consentiram, após serem esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo foram entrevistados antes de completarem uma semana de internação. Foram coletados dados sociodemográficos, de história clínica, foi aplicado o BDI total (21 itens) e avaliada a história de diabetes mellitus através do prontuário e de pergunta direta ao paciente entrevistado (vide apêndice).

3.5. Instrumento

O BDI (Inventário Beck de Depressão)⁴⁴ é uma escala de auto-avaliação da depressão. Consiste em 21 itens, incluindo sintomas, cuja intensidade varia de ausente a grave. Os itens estão relacionados à tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Em cada um dos 21 itens, o paciente pode somar pontos de 0 a 3, de acordo com a gravidade do sintoma. A depressão será avaliada através da soma de todos os pontos, podendo variar de 0 até 63. Os pontos de corte propostos no manual do BDI⁴⁵ são de 0 a 9 para depressão mínima, 10 a 16 para depressão leve, 17 a 29 para depressão moderada e 30 a 63 para depressão grave.

Neste mesmo manual, o autor sugere que para pacientes com doenças físicas seja usada a subescala cognitivo-afetiva (que inclui somente os primeiros treze itens), pois esta não seria afetada pelos sintomas somáticos (últimos oito itens) que poderiam ser causados unicamente pela patologia de base. No caso da utilização somente dos treze primeiros itens (subescala cognitivo-afetiva) o ponto de corte é maior que 10 para síndromes depressivas moderadas a graves.

Foi utilizada a versão validada em português do Inventário Beck de Depressão em amostras brasileiras.⁴⁶

3.6. Análise Estatística

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios padrão. Foram considerados como tendo sintomas depressivos aqueles pacientes que obtiveram escore maior que 10 na soma dos primeiros 13 itens do BDI (subescala cognitivo-afetiva). Além disso, foram descritas as frequências de cada sintoma depressivo da escala completa (21 itens).

Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 10.0 para Windows⁴⁷

3.7. Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os médicos assistentes foram avisados quando houve diagnóstico de sofrimento psíquico que pudesse ser reduzido através de tratamento específico.

4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 111 pacientes diabéticos dos quais 83,8 % apresentavam diabetes mellitus tipo 2, eram predominantemente homens (63,1%), brancos (90,1%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $56,71 \pm 14,4$ anos, sendo a idade mínima de 21 anos e a máxima de 96 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média \pm DP de $4,94 \pm 3,62$ anos, eram casados ou mantinham união estável (54,1%) e possuíam renda familiar de até R\$ 600,00 (64%). A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

A média de tempo \pm DP do diagnóstico de diabetes e o momento da entrevista foi de $7,03 \pm 8,65$ anos, sendo que a mediana foi 4 anos.

Quanto às características clínicas, as doenças metabólicas/endócrinas/nutricionais (30,6%) e as doenças cardio-circulatórias (18,9%) foram os principais motivos que levaram à internação e a maioria dos pacientes (21,6 %) foi internada pela Clínica Médica. O motivo da internação e a especialidade em que os pacientes permaneceram internados são apresentados nas **Tabela 2** e **Tabela 3**, respectivamente.

De acordo com a subescala cognitivo-afetiva do BDI, preconizada para este tipo de população, dos 111 participantes do estudo, 38,3% obtiveram escores superiores a 10, sugerindo síndrome depressiva moderada a grave. A **Tabela 4** apresenta a frequência desses sintomas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N = 111)

| Características | N (111) | % |
|-------------------------------|----------------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 70 | 63,1 |
| Feminino | 41 | 36,9 |
| Idade (anos) | | |
| 18 a 64 | 77 | 69,4 |
| ≥ 65 | 34 | 30,6 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro (a) | 11 | 9,9 |
| Casado (a)/ união estável | 60 | 54,1 |
| Separado (a) | 21 | 18,9 |
| Viúvo (a) | 19 | 17,1 |
| Raça | | |
| Branca | 101 | 91,0 |
| Negra | 05 | 4,5 |
| Parda | 05 | 4,5 |
| Escolaridade (anos)* | | |
| 0 | 10 | 9,3 |
| 1 a 4 | 59 | 54,6 |
| 5 a 8 | 12 | 11,1 |
| > 8 | 27 | 25 |
| Renda Familiar * | | |
| Até R\$ 600,00 | 71 | 64 |
| De R\$ 600,00 até R\$ 1200,00 | 30 | 27 |
| Superior a R\$ 1200,00 | 07 | 6,3 |

* Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

Fonte: Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor (LETH). HU-UFSC, 2000/02.

Tabela 2 - Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10*

| Motivo da Internação | N (111) | % |
|---------------------------------------|----------------|----------|
| Endócrinas/ Nutricionais/ Metabólicas | 34 | 30,6 |
| Cardíacas/ Circulatórias | 21 | 18,9 |
| Respiratórias | 14 | 12,6 |
| Infecciosas/ Parasitárias | 8 | 7,2 |
| Mal Definidas | 8 | 7,2 |
| Hematológicas/ Imunitárias | 7 | 6,3 |
| Neurológicas | 5 | 4,5 |
| Genitourinárias | 5 | 4,5 |
| Neoplásicas | 4 | 3,6 |
| Digestivas | 2 | 1,8 |
| Pele/Subcutâneo | 2 | 1,8 |
| Osteomuscular/Tec. Conjuntivo | 1 | 0,9 |

*CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão

Fonte: Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor (LETH). HU-UFSC, 2000/02.

Tabela 3 - Especialidades nas quais os pacientes foram internados

| Especialidade | N (111) | % |
|----------------------|----------------|----------|
| Clínica Médica | 24 | 21,6 |
| Endocrinologia | 20 | 18,0 |
| Cardiologia | 16 | 14,4 |
| Pneumologia | 13 | 11,7 |
| Hematologia | 10 | 9,0 |
| Gastroenterologia | 09 | 8,1 |
| Neurologia | 09 | 8,1 |
| Outras | 10 | 9,0 |

Fonte: Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor (LETH). HU-UFSC, 2000/02.

Tabela 4 - Frequência de sintomas depressivos de acordo com o BDI*

| Sintomas | Ausente n(%) | Leve n (%) | Moderado n (%) | Grave n (%) |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| Tristeza | 46 (73) | 08 (13) | 05 (08) | 04 (06) |
| Desesperança | 48 (76) | 04 (06) | 03 (05) | 08 (13) |
| Sensação de fracasso | 50 (79) | 05 (08) | 04 (06) | 04 (06) |
| Anedonia | 42 (66) | 15 (23) | 01 (02) | 06 (09) |
| Culpa | 47 (73) | 09 (14) | 03 (05) | 05 (08) |
| Sentimento de punição | 39 (62) | 05 (08) | 02 (03) | 17 (27) |
| Desgosto consigo | 49 (77) | 13 (20) | 00 (00) | 02 (03) |
| Auto-acusação | 32 (51) | 11 (17) | 14 (22) | 06 (10) |
| Ideação suicida | 58 (92) | 04 (06) | 00 (00) | 01 (02) |
| Choro fácil | 36 (56) | 16 (25) | 02 (03) | 10 (16) |
| Irritabilidade | 21 (33) | 14 (22) | 00 (00) | 28 (44) |
| Perda do interesse nas pessoas | 51 (81) | 08 (13) | 03 (05) | 01 (02) |
| Indecisão | 34 (54) | 06 (10) | 18 (29) | 05 (08) |
| Mudança na imagem do corpo | 42 (67) | 11(17) | 03 (05) | 07 (11) |
| Dificuldade no trabalho | 22 (34) | 11 (17) | 14 (22) | 17 (27) |
| Insônia | 23 (36) | 21 (33) | 08 (13) | 12 (19) |
| Falta de energia | 17 (27) | 20 (31) | 10 (16) | 17 (27) |
| Falta de apetite | 35 (55) | 15 (23) | 07 (11) | 07 (11) |
| Perda de peso | 39 (61) | 06 (09) | 06 (09) | 13 (20) |
| Preocupação somática | 18 (29) | 15 (30) | 15 (24) | 11 (17) |
| Perda de libido | 39 (62) | 02 (16) | 02 (03) | 12 (19) |

*BDI: Inventário Beck de Depressão

Fonte: Laboratório de Estudos dos Transtornos do Humor (LETH). HU-UFSC, 2000/02.

5. DISCUSSÃO

Aproximadamente 40 % dos indivíduos entrevistados apresentaram um escore sugestivo de depressão moderada a grave, quando utilizada a subescala cognitivo-afetiva do BDI para análise da frequência da sintomatologia depressiva em pacientes com história de diabetes mellitus.

Existem poucos artigos na literatura médica sobre o estudo da depressão em pacientes diabéticos internados no Hospital Geral. O resultado de nosso estudo foi semelhante aos realizados com os pacientes internados, porém superior quando comparado com os pacientes da comunidade e com os pacientes ambulatoriais. Os dados desta pesquisa foram comparados com três artigos mexicanos^{25, 28, 32} que estudaram pacientes diabéticos internados no Hospital Geral.

Pode-se estabelecer uma boa comparação de nossos achados com os de Espinosa *et al.*²⁵ e Zenteno *et al.*³² Tais estudos foram realizados entre pacientes internados em uma enfermaria e o instrumento de avaliação aplicado foi o BDI completo, com seus 21 itens e ponto de corte maior ou igual a 14 para síndrome depressiva moderada a grave. No nosso estudo, utilizamos a subescala cognitivo-afetiva (que inclui somente os primeiros treze itens do BDI), com ponto de corte superior a 10 para determinar doença moderada a grave. Porém o resultado de nosso estudo foi menor quando comparado ao estudo realizado por Jimenez *et al.*²⁸ que utilizou a escala de Zung, que tem menor especificidade. Já ao comparar o nosso estudo com pesquisas realizadas entre pacientes diabéticos ambulatoriais e da comunidade encontramos uma maior prevalência de sintomas depressivos na nossa amostra, provavelmente por serem internados.

Nota-se que a diferença dos achados entre tais trabalhos deve-se, em primeiro lugar, ao tipo de amostra estudada, na qual a frequência dos sintomas depressivos encontra-se diminuída entre os pacientes em tratamento ambulatorial^{1, 23, 26, 29, 48} e é consideravelmente maior entre os pacientes internados.^{25, 28, 32} Este achado pode ser explicado pelo fato que os pacientes internados geralmente são mais graves, e expressam maior sintomatologia depressiva.¹⁵

Em segundo lugar, cada estudo analisou seus participantes através de diferentes instrumentos que, apesar de terem o mesmo objetivo de avaliar a depressão, o fazem de formas diferentes. Dois estudos analisaram os pacientes diabéticos internados^{25, 32} utilizando o BDI total (21 itens) com ponto de corte superior ou igual a 14 para classificação da depressão em moderada a grave, o que poderia explicar a alta prevalência de sintomas depressivos nestes pacientes. No presente estudo optamos pela subescala cognitivo-afetiva, com ponto de corte superior a 10 para determinar doença moderada a grave. Lustman *et al.* em 1996, comprovou a utilidade do Inventário Beck de Depressão (BDI) como um excelente método de rastreamento para depressão em pacientes diabéticos. O autor sugere que para pacientes com diabetes seja usada a subescala cognitivo-afetiva (que inclui somente os primeiros treze itens), pois esta não seria afetada pelos sintomas somáticos (últimos oito itens), que poderiam ser confundidos pelo diabetes. Fadiga, perda de peso, alteração do sono, falta de apetite e diminuição da libido são sintomas somáticos que podem ocorrer tanto em pacientes depressivos como em pacientes diabéticos.¹⁶ Tais sintomas também podem ser causados unicamente pela patologia de base e os pacientes com doenças físicas acabariam apresentando um escore mais elevado se comparados com pacientes apenas com doenças psiquiátricas.

Existem algumas limitações no nosso trabalho que são importantes de serem mencionadas. É de grande importância destacar que escalas tais como o BDI, assim como todos os outros instrumentos para avaliar transtornos psiquiátricos, não são indicados para diagnóstico, e, sim, para rastreamento da doença ou para obter-se uma idéia aproximada da sua prevalência. As frequências obtidas através de escalas são, em geral, falsamente aumentadas em relação à frequência real.

Também é importante salientar que o estudo foi desenvolvido em Hospital Geral Universitário, de caráter terciário. Portanto, a população estudada apresenta características sociodemográficas, clínicas e culturais próprias, não permitindo que se faça uma correlação direta dos achados com outros hospitais de menor nível de complexidade. Além disso, o HU-UFSC por ser um hospital universitário e centro de referência no estado de Santa Catarina, os pacientes aqui internados são mais graves que os encontrados em outros Hospitais Gerais, nos quais a frequência de comorbidades psiquiátricas, provavelmente é bem inferior. Desta maneira, não é possível aplicar estes achados a pacientes diabéticos da comunidade ou mesmo ambulatoriais.

É possível que a prevalência aumentada em nosso estudo também tenha relação com as características da amostra. As doenças cardiovasculares foram a segunda causa mais freqüente que motivaram a internação dos pacientes diabéticos. Estudos mostram que a presença de depressão acelera o desenvolvimento de doenças coronarianas em pacientes diabéticos.⁶ Um estudo recém publicado por Nichols *et al.*,⁴⁹ avaliou a prevalência do diagnóstico de depressão em pacientes diabéticos tipo 2 após o controle para essas possíveis causas de associação, ou seja, presença de doença cardiovascular, idade, sexo, e peso corporal. Após o ajuste, a prevalência de depressão em diabéticos ambulatoriais reduziu de 17,6 para 15 %.

A prevalência de quase 40% de sintomatologia depressiva significativa em pacientes diabéticos internados demonstra a necessidade de uma maior atenção para os sintomas psiquiátricos visando a aumentar o diagnóstico precoce, o tratamento e o melhor prognóstico destes pacientes. Sabe-se que a prevalência de sintomas depressivos em diabéticos está relacionada com aumento da morbidade cardíaca e da mortalidade.^{7,8}

São necessários mais estudos de depressão em pacientes diabéticos internados no Hospital Geral uma vez que, diagnosticando e tratando precocemente os pacientes com transtornos mentais, há uma melhora significativa na condição física e na qualidade de vida destes pacientes, além de reduzir o custo com serviços médicos totais.

6. CONCLUSÃO

1. A frequência de sintomas depressivos moderados a graves auto-relatados entre pacientes com história de diabetes mellitus internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC de acordo com o BDI foi de 38,3 %.

7. NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, resolução n° 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 05 de julho de 2001.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.
2. Tellez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002;33(1):53-60.
3. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23(7):934-42.
4. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63(4):619-30.
5. Brown GC, Brown MM, Sharma S, Brown H, Gozum M, Denton P. Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. *J Diabetes Complications* 2000;14(1):18-24.
6. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, McGill JB, Carney RM. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosom Med* 2003;65(3):376-83.
7. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res* 2002;53(4):897-902.
8. Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL, Tierney C, Hallstrom A, Ewart C, et al. Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *Am J Cardiol* 1990;66(1):59-62.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.

10. Littlefield CH, Craven JL, Rodin GM, Daneman D, Murray MA, Rydall AC. Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care* 1992;15(1):90-4.
11. Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S, Morley JE, Naliboff BD. Hospitalization and mortality of diabetes in older adults. A 3-year prospective study. *Diabetes Care* 1998;21(2):231-5.
12. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147(11):1498-503.
13. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160(21):3278-85.
14. Lustman PJ, Harper GW. Nonpsychiatric physicians' identification and treatment of depression in patients with diabetes. *Compr Psychiatry* 1987;28(1):22-7.
15. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24(9):809-15.
16. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med* 1997;59(1):24-31.
17. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 1992;15(11):1631-9.
18. Kaplan HI SB, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª ed: ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
19. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 1 ed. São Paulo: Artmed; 2000.
20. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4º ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
21. Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):317-29.
22. Leedom L MWP, Procci Warren, Zeidler Adina. Symptoms of Depression in Patients with type 2 Diabetes Mellitus. 1991;32(3):280-286.

23. Carney C. Diabetes mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment. *Depress Anxiety* 1998;7(4):149-57.
24. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J bras Psiq* 1996;45(6):363-370.
25. Espinosa JG. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin* 1998;50:287-91.
26. Gary TL, Crum RM, Cooper-Patrick L, Ford D, Brancati FL. Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23(1):23-9.
27. Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbe KM, Kenui CK, Chen R, Chang HK. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology* 2000;25(3):239-46.
28. Jiménez ER. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. *Med Int Mex* 1999;15(1):11-15.
29. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med* 2000;17(3):198-202.
30. Martins GL, Tanaka RM, Campos NB, Dalbosco IS. Prevalência de Depressão em Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2 na pós-menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002;46(6):674-678.
31. Murrel Stanley A. HS, Wright Katherine. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *American Journal of Epidemiology* 1983;117(2):173-185.
32. Zenteno JFT. Frecuencia e Factores de Riesgo para depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un Hospital de Tercer Nivel de Atención. *Med Int Mex* 2001;17(2):54-62.
33. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993;16(8):1167-78.
34. Moreira R.O. PM, Appolinario J. C., Matos A. G., Coutinho W. F., Meirelles R., Ellinger V.C.M., Zagury L. Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(1):19-29.
35. Goodnick PJ. Use of antidepressants in treatment of comorbid diabetes mellitus and depression as well as in diabetic neuropathy. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13(1):31-41.

36. Lustman PJ, Clouse RE. Treatment of depression in diabetes: impact on mood and medical outcome. *J Psychosom Res* 2002;53(4):917-24.
37. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(3):464-70.
38. Friis R, Nanjundappa G. Diabetes, depression and employment status. *Soc Sci Med* 1986;23(5):471-5.
39. Marcus MD, Wing RR, Guare J, Blair EH, Jawad A. Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1992;15(2):253-5.
40. Haire-Joshu D, Heady S, Thomas L, Schechtman K, Fisher EB, Jr. Depressive symptomatology and smoking among persons with diabetes. *Res Nurs Health* 1994;17(4):273-82.
41. Lustman PJ, Clouse RE, Carney RM. Depression and the reporting of diabetes symptoms. *Int J Psychiatry Med* 1988;18(4):295-303.
42. Goodnick PJ, Henry JH, Buki VM. Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry* 1995;56(4):128-36.
43. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000;23(5):618-23.
44. Beck AT WC, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
45. Beck AT SR. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporatio; 1993.
46. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.
47. Norussis MJ. SPSS/PC 10.0 Base Manual. Chicago: SPSS Inc; 2000.
48. Jalenques I, Tauveron I, Albuissou E, Lonjaret D, Thieblot P, Coudert AJ. [Prevalence of anxiety and depressive symptoms in patients with type 1 and 2 diabetes]. *Rev Med Suisse Romande* 1993;113(8):639-46.

49. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(3):744-9.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

01. Nome:.....
- ☐ Excluído? (circule o motivo)
1. Impossibilidade Física;
 2. Mais de 7 dias de internação;
 3. Menor de 18 anos;
 4. Recusa;
 5. Prejuízo cognitivo.
02. Data da Internação:...../...../..... Pront.:.....
03. Leito:..... CID-10:
- Especialidade: ☐ Clínica Médica ☐ Cardiologia ☐ Neurologia
- ☐ Gastroenterologia ☐ Endocrinologia ☐ Outras
- ☐ Hematologia ☐ Pneumologia
04. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
05. Idade:..... Data de Nascimento.: /...../.....(dd/mm/aaaa)
06. Raça: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Outras
07. Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Viúvo ☐ Separado/Divorciado
08. Escolaridade:.....anos
09. Renda familiar: ☐ Até R\$ 600,00 ☐ R\$ 601,00 a 1.200,00 ☐ R\$ > R\$ 1.200,00
10. História de *Diabetes Mellitus*? ☐ não ☐ sim (☐ tipo 1 / ☐ tipo 2)
- ☐ Há quanto tempo?
11. Data da entrevista:...../...../.....